

215
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Mars 1895, à 1 heure

Par H. LEVILLAIN.

Né à Bourneville (Eure), le 24 Juin 1867.

Ex-Prosecteur à l'École de Médecine de Rouen.

Externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE

LA MÉNINGITE

PAR BACILLE D'EBERTH

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. HANOT.

*Agrégés : M.M. { BALLET.
 { ROGER.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

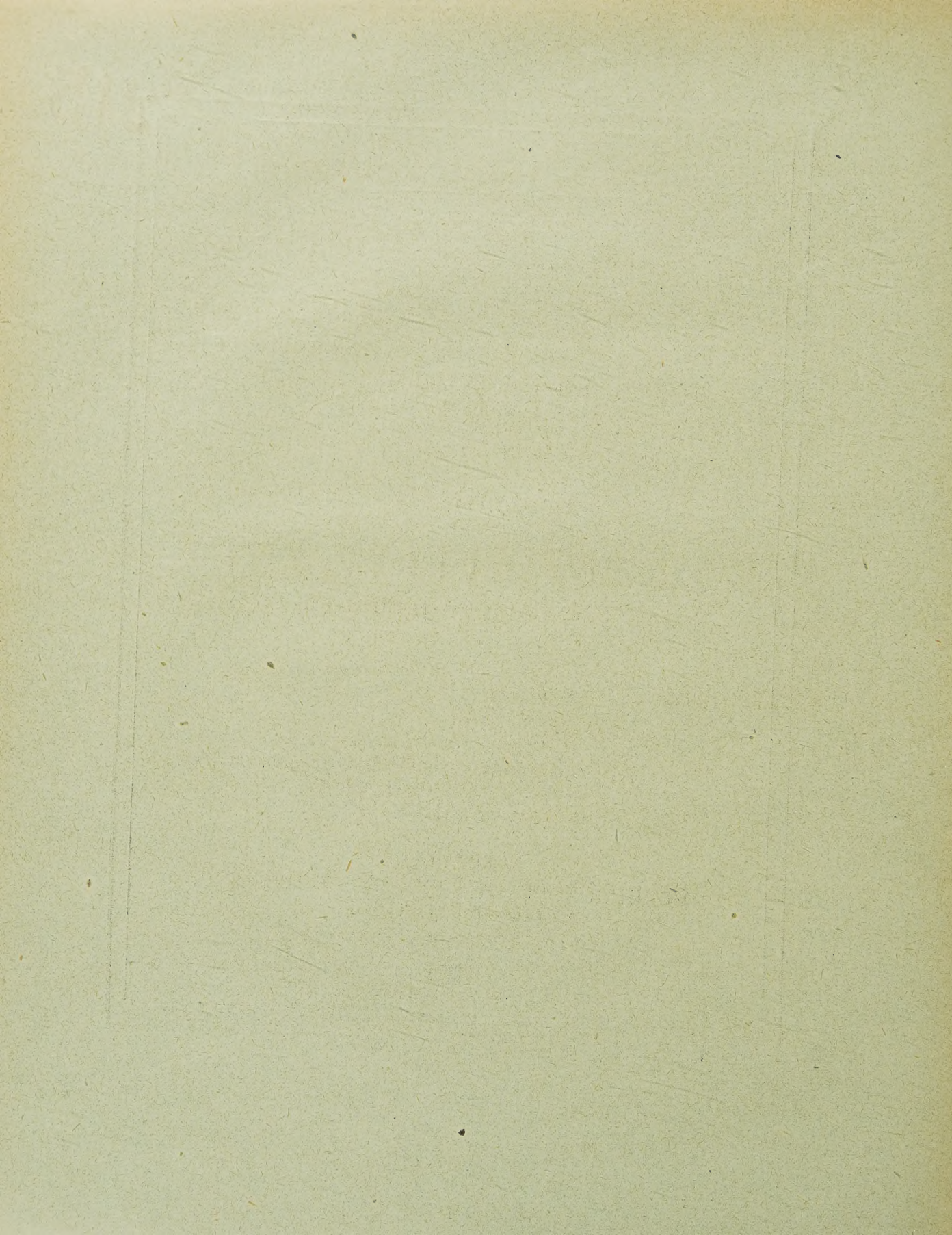
PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895



215

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Mars 1895, à 1 heure

Par H. LEVILLAIN.

Né à Bourneville (Eure), le 24 Juin 1867.

Ex-Prosecteur à l'École de Médecine de Rouen.

Externe des Hôpitaux de Paris.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE

LA MÉNINGITE

PAR BACILLE D'EBERTH

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

Professeur : M. HANOT.

*Agrégés : MM. { BALLET.
 { ROGER.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M.	BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTNER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE,

MEIS ET AMICIS.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LABOULBÈNE,

Membre de l'Académie de médecine,

Officier de la Légion d'honneur.



INTRODUCTION



Dans le cours d'une fièvre typhoïde, au milieu des symptômes qui traduisent l'infection ou l'intoxication générale de l'organisme, il peut arriver qu'un groupe de ces symptômes prenne une importance prédominante, au point de donner à la maladie une allure toute spéciale et de faire errer le diagnostic. Tantôt le poumon, tantôt le rein ou l'appareil circulatoire sont le siège de ces localisations qui accaparent toute l'attention du clinicien. D'autres fois, et peut-être plus souvent encore, c'est le système nerveux qui réagit par dessus tous les autres organes et peut arriver à donner à la maladie les caractères d'une méningite aiguë, la méningite par bacille d'Eberth.

Mais, de même que dans une fièvre typhoïde, quelle qu'en soit la forme, il ne faut pas toujours incriminer seulement le bacille d'Eberth, mais compter avec les infections secondaires, qui peuvent se surajouter à la maladie principale et initiale ; de même aussi, en ce qui concerne les méningites survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde, il faudrait se garder d'y voir toujours une manifestation du bacille d'Eberth.

En effet, outre les méningites Eberthiennes, on a rencontré, dans le cours ou après la défervescence de la fièvre typhoïde, des méningites aiguës dont l'agent était tantôt le coli bacille, tantôt le streptocoque ou le pneumocoque ou bien encore des cocci de nature indéterminée. Ces microbes, agents ordinaires des infections secondaires, ont sans doute pour porte d'entrée les ulcérations intestinales. Ils peuvent exister seuls dans l'exsudat méningitique ou être associés au bacille d'Eberth. Néanmoins il est juste de dire que les méningites aiguës en général sont le plus souvent monomicrobiennes.

Avant d'aborder notre sujet, nous ne saurions manquer à une respectueuse tradition, à un devoir qui nous est agréable à remplir.

Que M. le docteur Tinel, professeur d'anatomie à l'École de Médecine de Rouen, reçoive l'expression de notre profonde reconnaissance ; il a été pour nous, pendant notre prosectorat, un maître particulièrement dévoué.

Une large part de nos meilleurs souvenirs est réservée à nos maîtres de Clinique chirurgicale et médicale de

l'École de Rouen, MM. les docteurs Petel, Brunon et Petitclerc.

A Paris, pendant notre externat nous avons rencontré auprès de nos chefs un accueil des plus bienveillants.

Nous avons eu l'honneur d'être l'externe de M. le professeur Quinquaud, si prématurément enlevé à la science médicale, à l'affection de ses élèves ; son enseignement clinique, les travaux de laboratoire auxquels il voulait bien nous initier, ont été précieux pour nous. Nous adressons à sa mémoire un respectueux hommage.

Que M. le docteur Maygrier, professeur agrégé, médecin-accoucheur de l'Hôpital de la Pitié, agrée l'expression de notre gratitude pour les conseils pratiques qu'il nous a prodigués dans son service.

Nous dirons enfin combien nous sommes touchés de l'honneur que nous fait M. le professeur Laboulbène en acceptant la présidence de notre thèse.





HISTORIQUE



L'histoire des méningites aiguës, groupe auquel appartient la méningite typhoïdique, peut se résumer en quatre périodes :

Dans la première, la méningite jusque-là confondue sous le nom de frénésie avec toutes les manifestations cérébrales fébriles ou psychiques susceptibles d'engendrer le délire, est distinguée de ces manifestations par Meibomius, Willis, Morgagni. Au commencement du xix^e siècle, Herpin la sépare nettement de l'encéphalite et introduit le premier dans la science l'expression de méningite.

Dans la seconde période qui avait déjà commencé au travail de Robert Whytt (1768), la méningite aiguë est confondue avec la tuberculose des méninges sous le nom d'hydrocéphale aiguë. A cette période appar-

tiennent les travaux de Coindet, de Senn, de Parent-Duchatelet et Martinet.

Dans la troisième période qui commence au milieu du XIX^e siècle, on distingue de la méningite en général, les accidents cérébraux dus au rhumatisme, à l'urémie, etc., et la méningite, devenue entité morbide et bien définie et bien nette, est séparée en deux formes suivant qu'elle est ou non tuberculeuse.

La quatrième période qu'on pourrait appeler période bactériologique, établit des subdivisions dans le groupe des méningites aiguës simples, c'est-à-dire non tuberculeuses.

La première forme qu'on ait isolée est la forme pneumococcique à l'histoire de laquelle se rattachent les noms de Klebs, Eberth, Leyden, Fraenkel, Netter (1887), Weichselbaum et Adenot.

On étudie aussi les méningites dues au *bacterium coli* (Sevestre et Gastou), au streptocoque et au staphylocoque.

La forme typhoïdique qui doit nous occuper spécialement n'a été isolée qu'à une date postérieure. Un certain nombre de cas décrits sous ce titre ont du reste été contestés.

En 1887, Newmann et Schœffer avaient publié un cas de méningite due à un bacille se rapprochant beaucoup du bacille typhique, mais qui en différait par quelques caractères. Il en est de même des deux cas de Roux (de Lyon) se rapportant, le premier à la méningite spinale, le second à la méningite cérébro-spinale. Cependant, le bacille d'Eberth a été incontesté-

blement trouvé dans l'encéphale. Sur huit autopsies de typhiques. MM. Chantemesse et Vidal l'ont trouvé, quatre fois.

M. Girode (1889), dans un cas d'endocardite maligne, consécutive à la dothienthérie, a trouvé un bacille analogue à celui d'Eberth, dans les végétations des ventricules et dans le liquide céphalo-rachidien.

Mirles a retiré également une fois le bacille d'Eberth du cerveau d'un typhique.

Enfin, des observations incontestables de méningite typhoïdique ont été publiées par MM. Vaillard et Vincent (1890), par MM. Fernet et Girode (1891), par Mensi et Carbone (1893), par Balp (1890), par Adenot (1889).

A côté de ces faits où l'examen bactériologique a sanctionné le diagnostic de méningite typhique, il y en a d'autres, nous semble-t-il, où le diagnostic, bien que manquant de cette preuve irréfutable concorde avec le tableau des cas où l'examen bactériologique fut pratiqué : par exemple l'observation de Bouchut (1875). A cette quatrième période appartient également la description bien nette d'accidents simulant absolument la méningite, sans qu'on ait trouvé à l'autopsie aucune altération des méninges.

Ces faits qu'on peut désigner sous le nom de méningisme sont surtout fréquents chez les enfants (Bardol, E. Dupré) et aussi la constatation des méningites dues à une infection secondaire.





ETIOLOGIE



Si nous examinons quelles sont les causes qui favorisent la localisation du bacille d'Eberth sur les méninges, nous retrouverons toutes les circonstances qui facilitent les déterminations cérébrales des infections. Ce sont avant tout la névropathie héréditaire ou acquise, toutes les conditions qui favorisent la congestion de l'encéphale, en première ligne les travaux intellectuels et les habitudes alcooliques, le surmenage. Quant aux traumatismes (coups, chutes) et à l'insolation, ils ont une influence sinon moins marquée du moins beaucoup plus rare. Il en est de même des atteintes antérieures subies par le système nerveux.

La méningite typhoïdique atteint plutôt les adultes et le sexe masculin. Elle survient généralement dans le cours de la fièvre typhoïde, quelquefois après la défervescence.

Dans quelques cas plus exceptionnels, les symptômes méningés ont été la première manifestation de la maladie. A ces cas rares, on a proposé de donner le nom de méningite typhique primitive ou encore de cérébro-typhus sans dothiénthérie. Les lésions intestinales y sont en effet soit très peu marquées, soit même absentes (Vaillard et Vincent, obs.).





BACTÉRIOLOGIE



Ces circonstances que nous venons d'indiquer ne font que favoriser l'action du bacille d'Eberth qui reste la cause, réellement efficiente, de la méningite typhoïdique.

Sans nous arrêter aux discussions ayant pour objet l'identité ou la non identité du bacille d'Eberth et du coli bacille, nous dirons que le bacille d'Eberth a été trouvé plusieurs fois dans le cerveau ou les méninges des typhiques (Chantemesse et Widal, Fernet et Girode, Girode, Vaillard et Vincent, etc...), et qu'il est bien réellement la cause de certaines méningites observées dans le cours de la fièvre typhoïde.





PATHOGÉNIE



Le bacille d'Eberth arrive jusqu'aux méninges généralement par la voie sanguine. Il s'agit dans ce cas de malades qui sont atteints de méningite bacillaire, au cours d'une fièvre typhoïde. Le point de départ est l'intestin. La voie suivie par le bacille est le courant sanguin ; l'extrême richesse et la disposition flexueuse du réseau vasculaire méningé, facilite la dissémination du bacille. Il est vrai que les gaines lymphatiques périvasculaires doivent jouer un certain rôle défensif contre ces migrations bactériennes d'origine sanguine ; mais dans certains cas, la résistance de l'organe est insuffisante, le bacille s'installe et la méningite est constituée.

A côté de ces cas de méningite secondaire où l'explication pathogénique est relativement facile, il en est d'autres où le point de départ de l'infection est plus

difficile à découvrir. Nous voulons parler des cas où la méningite typhoïdique bactériologiquement constatée, ne coïncidait avec aucune lésion intestinale. Dans certaines observations, celle de Balp par exemple, où la méningite survint à la suite d'une fracture du crâne, il est bien probable que le bacille passa directement des cavités nasales jusque dans l'encéphale. Mais pour d'autres cas, par exemple celui de MM. Vaillard et Vincent, l'origine reste extrêmement discutable et l'on peut se demander si, comme le bacille de la tuberculose, le bacille de la fièvre typhoïde ne serait pas capable dans certains cas exceptionnels de traverser l'épithélium intestinal, sans y déterminer de lésions pour envahir directement l'organisme. Il s'agirait, dans ce cas, de méningites typhoïdiques sans lésions dothiésentériques proprement dites, analogues aux méningites pneumococciques sans pneumonies. Certaines observations, celle de Banti par exemple, où l'on trouva le bacille typhique dans la rate et dans les ganglions mésentériques sans lésion intestinale, tendent à donner corps à cette opinion. Il y aurait alors un cérébro ou méningo-typhus ne différant de la fièvre typhoïde ordinaire que par l'absence de symptômes abdominaux.





ANATOMIE PATHOLOGIQUE



Dans les cas de méningite typhoïdique, on note à l'ouverture du crâne une congestion généralisée des méninges. Les veines de la pie-mère sont turgides. On remarque un exsudat séreux pouvant siéger sur toute la périphérie de la convexité et à la base de l'encéphale; quelquefois même on découvre du pus siégeant sur la voûte et à la base. La substance cérébrale est d'un gris rosé, transparente, offrant de place en place des adhérences avec la pie-mère qui font que lorsqu'on essaye de détacher cette membrane, on enlève en même temps qu'elle des morceaux de substance cérébrale.

Les coupes du cerveau ne font découvrir rien d'anormal sauf un piqueté accentué de la substance grise. Les mêmes lésions plus ou moins effacées peuvent se rencontrer dans le canal rachidien.

Dans l'exsudat méningé on trouve le bacille d'Eberth que l'on découvre quelquefois aussi dans la substance cérébrale avec ses caractères morphologiques, ses cultures et ses réactions spéciales.





SYMPTOMATOLOGIE



Comme toutes les méningites aiguës, la méningite typhoïdique présente d'abord une phase caractérisée par des phénomènes d'irritation (céphalalgie, délire, convulsions, contractures, etc.), à laquelle succède au bout de quelques jours une phase de dépression qui en général aboutit au coma asphyxique et à la mort.

Nous allons faire d'abord l'étude analytique de chacun des symptômes qui peuvent se présenter dans ces deux périodes et nous montrerons ensuite les modifications qu'ils subissent suivant les différentes formes que peut revêtir la méningite typhoïdique.

Fièvre. — Elle peut être précédée d'un frisson. C'est le cas pour ces méningites qui surviennent après l'apyrexie complète, comme dans l'observation de Mensi et Carbone. Le frisson peut aussi marquer le début de la maladie, lorsque la méningite survient

comme manifestation initiale de la fièvre typhoïde. Qu'elle soit ou non annoncée par un frisson, la fièvre est ordinairement très vive et le thermomètre monte à 40°, et même 41°. Les rémissions matutinales sont peu marquées. La température s'élève encore aux approches de la mort ; cependant on a quelquefois noté à ce moment un abaissement de la température et même de l'hypothermie (Observation Fernet). Cette fièvre s'accompagne d'excitation, d'agitation, de loquacité, de congestion de la face, etc.

Le pouls est (140 à 160) accéléré. Dans les instants qui précèdent la mort, il se ralentit et tombe à 50 et même à 40 pulsations par minute, tandis que la température s'élève (type dissocié de la fièvre méningitique). Le pouls est souvent irrégulier, mais les irrégularités peuvent manquer et le pouls, sauf sa fréquence, être normal. A la fièvre se rapporte l'apparition fréquente de vertiges et d'éblouissements.

Céphalalgie. — Elle est le plus souvent violente, n'affecte point en général de localisation précise, mais présente plutôt un caractère diffus. Elle ne quitte jamais complètement le malade et offre de temps en temps des exacerbations qui peuvent siéger au front ou à l'occiput. Ces exacerbations sont, soit des élancements, soit des martèlements. La céphalalgie est tenace et résiste au traitement.

Dans certains cas, la céphalalgie est peu marquée ; elle aurait même manqué, au moins dans les cas qui surviennent au cours de la fièvre typhoïde. Aussi

constante et aussi marquée que la céphalalgie est la douleur au niveau de la nuque, symptôme banal dans la fièvre typhoïde, et qui prend ici un caractère particulier d'acuité.

La rachialgie a été également notée dans quelques observations (Vaillard et Vincent).

Vomissements. — *Les vomissements* ne sont point constants. Lorsqu'ils existent, ils offrent tous les caractères du vomissement cérébral, c'est-à-dire qu'ils surviennent tout à coup et sans être annoncés par aucun sentiment nauséeux.

Ils ne s'accompagnent d'aucune sensation douloureuse pénible. Comme les vomissements d'origine gastrique, ils sont composés de matières alimentaires ou bilieuses.

La *constipation* est tenace, prolongée, et rebelle au traitement; mais elle manque plus souvent encore que la céphalalgie et que les vomissements. Les selles peuvent être à peu près normales, ou bien même la constipation est remplacée par de la diarrhée.

Un autre phénomène ordinaire dans les méningites aiguës, et qui peut faire également défaut dans la méningite typhoïdique, est la rétraction du ventre. Dans l'observation de MM. Fernet et Girode, le ventre n'était ni rétracté, ni ballonné; dans celle de Bouchut, l'abdomen était tendu et ballonné.

Délire. — L'apparition du délire est annoncée par une certaine loquacité, une agitation plus ou moins vive du malade, l'aspect brillant et hagard des yeux. Ces prodromes s'accroissent pendant la nuit et les conceptions délirantes commencent. Ce délire est ordinairement un délire très actif s'accompagnant de cris, de gémissements, d'illusions et d'hallucinations le plus souvent visuelles.

Convulsions. — Elles sont ordinairement partielles, localisées à un membre ou à la face : Elles se présentent sous l'apparence de tics, c'est-à-dire de mouvements où la coordination est plus ou moins ébauchée ou bien elles consistent en mouvements absolument incoordonnés.

Dans un cas de M. Fernet, les convulsions prirent le type tétaniforme aux membres et au tronc et s'accompagnèrent de spasme du pharynx. On conçoit que, survenant chez les enfants, les convulsions pourraient être généralisées.

Contractures. — Elles sont plus fréquentes que les convulsions et ne manquent presque jamais. Comme les convulsions elles sont ordinairement partielles. Elles siègent le plus souvent soit dans les muscles de la mâchoire, sous forme de trismus, de grincement des dents, de machonnement : soit au niveau des muscles de l'œil (strabisme) ou du cou et donnent lieu dans ce cas à de la raideur de la nuque ou encore à du torticolis (épidémie de Pierrefonds). Le spasme des

muscles du pharynx peut donner lieu à de la dysphagie.

Troubles de la sensibilité générale. — On note assez souvent de l'hyperesthésie cutanée. Ce symptôme donné comme presque caractéristique de la tuberculose miliaire aiguë était particulièrement marqué dans une des observations de M. Fernet. Lorsque à la période d'excitation succède la période de dépression, à l'hyperesthésie fait place l'anesthésie qui peut être absolue (observation de Vaillard et Vincent).

Troubles des réflexes. — Les réflexes tendineux et les réflexes cutanés sont exagérés momentanément puis ils diminuent et disparaissent. On a noté de la rétention d'urine.

Troubles vaso-moteurs. — Ils consistent en alternatives de rougeur et de pâleur des téguments, principalement sur la face. La raie méningitique, auquel signe on avait attribué une importance considérable, est ici particulièrement accusée.

Troubles oculaires — Ces troubles portent sur la sensibilité et sur l'appareil moteur intrinsèque et extrinsèque du globe oculaire.

Comme dans toutes les méningites, le malade craint la lumière et ferme les yeux en se blottissant sous ses couvertures. A la photophobie s'ajoute de la douleur

lorsque l'on presse le globe oculaire avec les doigts à travers les paupières.

Le strabisme est un phénomène tout à fait commun. Il s'y joint quelquefois un léger degré d'exophtalmie (observation Fernet), et du nystagmus. Les pupilles sont ordinairement contractées, du moins à la période d'excitation. Elles le sont tantôt d'une façon égale, tantôt l'une un peu moins que l'autre.

L'inégalité pupillaire est quelquefois très accentuée dans les dernières heures de la vie, et dans une des observations de M. Fernet, la pupille droite était moitié plus grande que la gauche.

L'examen ophtalmoscopique avait révélé à Bouchut des particularités intéressantes. D'abord la papille se gonfle, se tuméfie, et rougit, puis ses contours deviennent diffus. Les veines rétiniennes voisines sont dilatées.

Symptômes de dépression. — Ils succèdent au bout de quelques jours aux symptômes précédents qui caractérisent la période d'excitation. Ordinairement, entre ces deux périodes, s'intercale une phase de transition où les symptômes d'ordre dépressif s'installent peu à peu à la place des phénomènes d'irritation que nous venons de passer en revue. De cette succession résulte une apparence trompeuse d'amélioration qui fait souvent supposer à la famille et quelquefois même au médecin une évolution favorable, prévision qui ne se réalise que bien rarement. Cette période de dépression se caractérise par la cessation de l'agitation, du délire,

des convulsions et des contractures. A ces phénomènes succèdent la somnolence et la résolution musculaire. L'anesthésie remplace l'hyperesthésie du début. Les pupilles jusque-là contractées se dilatent ; les sphincters se relâchent. La température continue à monter, tandis que le pouls se ralentit de plus en plus, puis la respiration s'embarrasse, le refroidissement et la cyanose commencent et s'accusent rapidement et le malade meurt dans le coma asphyxique.





FORMES CLINIQUES



Tels sont les symptômes ordinaires de la méningite typhoïdique pris isolément. Ils subissent quelques modifications, suivant l'époque où apparaît la localisation de la fièvre typhoïde sur les méninges, et aussi suivant le siège cérébral, cérébro-spinal ou spinal affecté par la maladie. La considération de l'époque à laquelle apparaît la méningite nous amène à décrire deux types principaux, suivant que la méningite survient comme manifestation initiale ou après guérison apparente de la fièvre typhoïde, ou qu'elle survient dans le cours même de cette affection.

Dans le premier cas, l'apparition de la méningite typhoïdique se révèle par un frisson, une fièvre violente, du délire, des convulsions et tous les symptômes que nous avons décrits comme appartenant

à la période d'excitation, revêtent leur maximum d'acuité.

Lorsque, au contraire, la méningite apparaît dans le cours de la fièvre typhoïde, et ce cas est le plus fréquent, le début est plutôt insidieux. Il ne se révèle alors que par une élévation de température, par de la céphalée, de la raideur de la nuque, du ralentissement et de l'irrégularité dans le pouls et la respiration et par de la photophobie. Dans ce cas, les vomissements et la constipation sont assez rares. Après une courte phase de convulsions et de délire, qui peuvent être assez peu marqués, la mort survient dans l'asphyxie et le coma.

Suivant la localisation de l'infection, exclusivement sur les méninges cérébrales ou spinales, ou simultanément sur les deux à la fois, les symptômes varient. Dans le premier cas, c'est-à-dire dans le cas de méningite typhoïdique exclusivement cérébrale, le délire, les phénomènes oculaires, l'agitation, les vomissements sont les phénomènes principaux. Dans le cas de méningite exclusivement spinale, la rachialgie avec douleurs des membres, les douleurs lombaires, la rétention ou l'incontinence d'urine et des matières prédominent. On se trouve alors en présence de la forme spinale décrite par Fritz.

Dans le plus grand nombre des cas cependant, les manifestations cérébrales et spinales coexistent et la forme cérébro-spinale se trouve constituée.





DIAGNOSTIC



Dans le diagnostic de la méningite typhoïdique, il faut tenir compte de deux considérations principales : la première, c'est qu'un grand nombre d'affections peuvent simuler cette maladie et qu'en conséquence on devra tenir grand compte dans le diagnostic des autres symptômes de fièvre typhoïde coexistants.

La seconde considération que l'on devra avoir en vue, c'est que tout phénomène méningé, et même toute méningite survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde n'est pas forcément une méningite à bacille d'Eberth. Dans le cours de la fièvre typhoïde peuvent en effet survenir, comme nous l'avons vu, des méningites à coli-bacille, des méningites pneumococciques ou streptococciques, enfin d'autres où le bacille d'Eberth est associé aux précédents microbes.

Or, si l'on tient compte que souvent, dans le cas de

méningite typhoïdique, manquent les symptômes cardinaux de la fièvre typhoïde tels que les taches, le gargouillement, le ballonnement du ventre, les épistaxis; que d'autre part la méningite typhoïdique ne se distingue nettement, en tant que méningite, par aucun symptôme des autres méningites aiguës simples, on comprendra combien le diagnostic de cette affection offre de difficultés.

On devra se baser, pour arriver à découvrir la maladie, sur les symptômes suivants : coexistence des symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde; succession d'une phase caractérisée par de l'excitation cérébrale, de la céphalalgie, des vomissements, des troubles oculaires, des contractures et des convulsions, et d'une autre phase beaucoup plus courte où prédominent la torpeur et les symptômes de dépression de plus en plus marqués.

Le diagnostic différentiel devra porter d'une façon toute particulière sur la méningite tuberculeuse.

Méningite tuberculeuse. — Les antécédents du malade devront attirer l'attention tout d'abord.

Les typhoïdiques sont plutôt des gens bien portants jusque-là, forts et robustes.

Les candidats à la méningite tuberculeuse sont plutôt malingres et présentent souvent des traces d'une tuberculose locale, guérie ou en voie d'évolution. L'invasion de la méningite tuberculeuse est moins rapide, la fièvre est moins vive et moins continue; les périodes de la maladie sont souvent mais

non toujours mieux accusées. La marche est moins rapide; la diarrhée y est presque inconnue. Toutes ces différences ne sont du reste que des nuances et même des nuances bien trompeuses. Il en est de même de l'hyperesthésie généralisée, du strabisme. Un cas de diagnostic particulièrement difficile est celui où la fièvre typhoïde présente des localisations multiples sur les séreuses, comme c'était le cas dans l'observation présentée, en 1894, par M. Fernet à la Société médicale des hôpitaux, dans lequel existaient concurremment de la péritonite, de la péricardite et de la méningite avec des noyaux de broncho-pneumonie multiples et de l'hyperesthésie cutanée généralisée. Un excellent signe de diagnostic est la présence de tubercules choroïdiens révélés par l'examen ophtalmoscopique. Ce signe permit à M. de Bruire de différencier une tuberculose miliaire aiguë qui avait revêtu le tableau typique de la fièvre typhoïde.

L'issue favorable de la méningite n'est pas non plus un élément certain de diagnostic; car Freyhan a cité un cas de méningite cérébro-spinale tuberculeuse terminée par la guérison. Dans ce cas la nature tuberculeuse de l'affection paraît indiscutable, car dans deux ponctions que fit l'auteur à la région lombaire et qui donnèrent issue à un liquide céphalo-rachidien un peu trouble, le bacille tuberculeux fut trouvé d'une façon incontestable.

Méningite cérébro-spinale. — Cette affection, qu'on

avait eu tendance à regarder pendant quelque temps comme étant de nature typhoïdique et à laquelle on avait même donné le nom de typhus cérébro-spinal est aujourd'hui regardée comme étant, dans la grande majorité des cas, de nature pneumococcique.

Dans le diagnostic différentiel de la méningite à bacille d'Eberth et de la méningite cérébro-spinale épidémique, on devra prendre en considération principalement le caractère d'épidémicité et la courbe thermique propres à cette dernière affection. En outre l'herpès labial et buccal est rare dans la fièvre typhoïde, tandis qu'il est fréquent dans la méningite cérébro-spinale. On ne trouve non plus dans la méningite cérébro-spinale ni l'aspect fuligineux de la langue, ni le ballonnement du ventre, ni l'éruption, ni les taches rosées qui caractérisent la fièvre typhoïde; les troubles intestinaux y sont peu marqués; au contraire, la céphalalgie y est atroce et se complique de rachialgie. L'expression de la face est grimaçante et la tête renversée en arrière (Chantemesse).

Les otites moyenne et interne, surtout cette dernière, pourraient à la rigueur simuler pendant quelque temps la méningite typhoïdique, mais l'otite moyenne, survenant à l'occasion d'une fièvre typhoïde étant due à des infections secondaires et très exceptionnellement au bacille d'Eberth, survient en général à une période plus avancée, c'est-à-dire à la période de suppuration. On y retrouve toujours des douleurs d'oreille, de la surdité et tous ces accidents cèdent au bout de quelques jours par suite de la perforation du tympan.

L'otite interne a pour elle les vertiges, la surdité, les bourdonnements d'oreille, l'absence fréquente de fièvre.

Les accidents cérébraux de l'urémie ou du diabète ont une allure différente et se distingueront facilement par l'examen des urines et par l'existence antérieure de troubles se rapportant soit au mal de Bright, soit à la glycosurie.

Le méningisme peut simuler absolument le complexe symptomatologique des méningites aiguës. Tous les signes diagnostiques qu'on a donnés sont tous plus ou moins infidèles et on peut regarder le diagnostic comme impossible.

Quant aux accidents dus soit à des tumeurs cérébrales, soit à des abcès du cerveau, nous n'en parlerons point parce que leur physionomie clinique s'écarte trop de celle des méningites aiguës.

Différencier la méningite typhoïdique des autres méningites aiguës est au dessus des ressources de la clinique, car toutes ont une symptomatologie à peu près semblable. On a bien indiqué, il est vrai, comme signe en faveur de la méningite typhoïdique, certains caractères, tels que le peu de violence de la céphalalgie, l'absence fréquente de vomissements et la constipation, mais ces signes sont pratiquement de nulle valeur, et lorsqu'une méningite aiguë survient au cours d'une fièvre typhoïde, la bactériologie seule peut trancher la question de savoir si elle était due au bacille d'Eberth ou à une infection secondaire.

Le diagnostic du siège occupé par les lésions ménin-

gées n'offre que peu d'importance, cependant la précocité de la paralysie des nerfs crâniens, surtout de ceux de l'œil, la fréquence des lésions du globe oculaire, les perturbations dans les rythmes cardiaques et respiratoires sont plus fréquentes dans les lésions de la base de l'encéphale, les lésions de la convexité, au contraire, s'accompagnaient d'une plus grande violence dans la céphalalgie, l'agitation et le délire.





PRONOSTIC

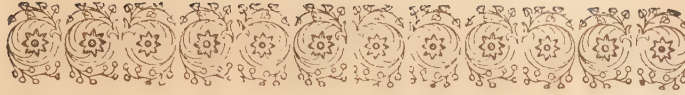


Les rémissions qui se montrent quelquefois à la période d'excitation peuvent être l'indice d'une terminaison favorable. Le coma et le délire cessent alors ; la fièvre tombe ; le sommeil reparait ; il y a une amélioration de l'état général ; la torpeur cesse peu à peu, l'attention du malade est plus facilement éveillée.

L'apparition de ces symptômes est de bon augure, mais l'indice le plus net de l'amélioration réelle est la persistance même de l'atténuation des signes que nous venons d'indiquer et la coïncidence avec l'abaissement parallèle de la température et du pouls.

La méningite typhique se rapproche donc des méningites à pneumocoques par ce fait absolument certain de la possibilité de la guérison. Néanmoins, la localisation du bacille typhique sur les méninges est souvent suivie d'une terminaison fatale.





TRAITEMENT



On devra traiter d'une part l'infection typhique, et d'autre part les symptômes méningés. Les bains froids, c'est-à-dire les bains donnés à une température de 18 à 20 degrés toutes les fois que le thermomètre atteindra 38°5, et prolongés pendant 8 à 10 minutes avec affusions froides sur la tête répondront à plusieurs indications. Ils combattent l'hyperthermie, tonifient le système nerveux et l'état général, facilitent la respiration et la diurèse. Ils seront donc absolument indiqués dans le cas spécial qui nous occupe.

Dans l'intervalle des bains froids, l'application d'une vessie de glace sur la tête sera avantageusement prescrite. S'il y a tendance à la constipation, on utilisera les évacuants, soit sous forme de lavements froids, soit sous forme de calomel ou d'huile de ricin donnés à petites doses. On devra réaliser aussi l'antiseptie intestinale autant que possible par l'adminis-

tration de trois à quatre doses de benzonaphtol de de 0,50 à 0,75 centigrammes chacune.

Les antipyrétiques seront donnés sous forme de sulfate de quinine à la dose de 0,50 à 0,75 centigrammes par jour, plutôt que sous forme d'antipyrine qui aurait, dans le cas particulier, l'inconvénient grave d'entraver la diurèse. La médication diurétique devra en effet, ici comme dans toute maladie infectieuse, être une des grandes préoccupations du médecin. Les bains froids, le régime lacté, les lavements froids en seront bien plutôt que les médicaments les agents les plus indispensables.

Si cependant il était utile de recourir comme adjuvant à une préparation pharmaceutique, nous emploierions de préférence soit les injections hypodermiques de caféine, soit la teinture de digitale.

Quant aux narcotiques, nous pensons qu'il y a avantage à proscrire les préparations opiacées, qui congestionnent l'encéphale, et à les remplacer par de faibles doses de chloral à moins d'asthénie cardiaque. Les émissions sanguines sous forme d'applications de sangsues à l'apophyse mastoïde ne seront que rarement indiquées.

Les précautions hygiéniques principales devront consister à placer le malade dans une chambre bien aérée, à l'abri de la lumière et du bruit, et à lui faire des lotions fréquentes avec de l'eau fraîche, dans laquelle on aura mis quelques gouttes de vinaigre ou d'eau de Cologne.





OBSERVATION I (résumée), publiée par Adenot.

(Neumann et Schœffer.)

M^{me} S... 37 ans, entrée le 1^{er} janvier 1887 à l'hôpital, présentant les symptômes suivants :

Fixité des yeux. La pupille gauche est plus dilatée que la droite. Les membres paraissent contracturés. Les linges sont souillés de matières fécales. Le pouls est faible.

Traitement : Injections d'éther, sinapismes aux jambes. Glace sur la tête.

La malade meurt le soir même.

AUTOPSIE. — Elle est pratiquée deux jours après.

On trouve un peu de congestion dans les deux poumons, à la base, mais rien dans les autres viscères. Aucune lésion du crâne. Infiltration de la pie-mère s'étendant jusqu'à la scissure de Sylvius. Les ventricules sont remplis d'un liquide louche. Les enveloppes de la moelle sont épaissies.

Les cultures développées avec le liquide donnent naissance à des bacilles absolument identiques au bacille d'Eberth.

Réflexion. — Le bacille trouvé dans cette observation présente quelques différences avec le bacille d'Eberth, en particulier en ce qui concerne les cultures sur pommes de terre. Il forme en effet, au bout de

peu de jours, un dépôt grisâtre limité au point d'ensemencement, tandis que, avec le bacille typhique, la pomme de terre se couvre d'une couche invisible à l'œil nu et étendue sur une grande partie de la section.

OBSERVATION II (résumée).

(Vaillard et Vincent.)

Un jeune soldat, cinq jours après grippe légère présente les accidents graves qui suivent :

Le 20 janvier, céphalée intense, douleurs lombaires très vives, excitation sans délire, air hagard, etc... Fièvre, 40°.

Le 21, épistaxis.

Le 25. Coma vigil, insensibilité complète, contracture des muscles du pharynx et de la nuque, constipation absolue.

Le 26, sous l'influence du traitement, légère amélioration.

Le 27, aggravation.

Le 28, mort (dix jours après le début des accidents).

AUTOPSIE. — Méninges cérébrales et spinales très congestionnées. Veines turgides. Exsudat séreux. Pas de tubercules. Poumons congestionnés. Foie normal. Rate volumineuse et molle, du poids de 480 grammes.

L'intestin ne présente aucune altération.

Examen bactériologique. — Dans la rate, dans le poumon et dans le liquide séreux de la pie-mère, on trouve le bacille typhique. L'ensemencement de parcelles de substance nerveuse prise à la moelle, au bulbe et à la protubérance, donne des colonies de bacille identique au bacille typhique.

L'infection typhique peut donc se localiser dans un organe

quelconque (rate, méninges, etc...) sans qu'il y ait lésion intestinale.

Sur ces entrefaites, M. le médecin major Michaud fit paraître la note suivante :

« Au moment de l'observation clinique du fait relaté ci-dessus, la fièvre typhoïde n'existait pas dans le régiment dont le malade faisait partie. Immédiatement après, sept hommes furent atteints de fièvre typhoïde dont un cas suivi de mort. »

OBSERVATION III (résumée).

(Adénot.)

Femme M. M..., 42 ans, couturière, entrée à l'hôpital de Lyon le 31 mars 1888.

Antécédents nuls. Le diagnostic posé est : névropathie hystérique. La malade en effet ne présente que quelques phénomènes nerveux qu'on rencontre ordinairement dans l'hystérie.

Le 3, la scène change brusquement : Crise nerveuse sans perte de connaissance et sans convulsions. Délire incohérent.

Le 4, son état reste stationnaire.

Le 5, troubles intellectuels, hallucinations.

La malade pousse des cris, fait des grimaces et des mouvements carphologiques. Elle cherche à sortir de son lit, se débat, rit et pleure.

Le 6, exagération des symptômes. Pas de vomissements. T. 38°3. Urines peu abondantes.

Traitement : Chloral 6 grammes. Lavement purgatif.

Le 7 avril, T. 38°8. Etat plus grave. Obnubilation intellectuelle. Expression stupide et souriante du visage.

Petits soubresauts de temps en temps dans les membres. Pas de strabisme. Constipation sans vomissements. Le ventre est gros mais souple; la raie méningitique se produit très facilement.

Pouls, 108.

Traitement : Suppression du chloral.

Iodure de potassium 0 gr. 50.

Lavement purgatif.

Lavement d'antypyrine 4 grammes.

Le 8 avril, mort.

L'examen ophtalmoscopique n'a pas été fait.

AUTOPSIE. — Faite 24 heures après.

Cœur et vaisseaux du thorax normaux.

Rien du côté des poumons.

Reins congestionnés sans lésions.

Les intestins, la rate ne présentent rien d'anormal.

Du côté de l'encéphale : congestion des méninges qui n'adhèrent pas à la pulpe cérébrale. Il s'écoule un liquide abondant à l'ouverture de la dure-mère. Infiltration abondante gélatineuse de la pie-mère. Au microscope, pas de pus mais beaucoup de globules blancs.

Le liquide recueilli dans les méninges a servi à ensemercer des bouillons de culture et a donné des colonies de microbes absolument identiques au bacille d'Eberth.

OBSERVATION IV (résumée).

(Balp).

Méningite à bacille d'Eberth, après fracture du crâne.

Un ouvrier tombe d'un lieu élevé, se fait une fracture du crâne et présente les symptômes d'une méningite cérébro-spinale.

AUTOPSIE. — Méningite suppurée au niveau des circonvolutions de la voûte et de la base du cerveau. On constate une fracture de la lame criblée se prolongeant dans la fosse cérébrale moyenne.

Les méninges rachidiennes sont revêtues d'un pus épais, jaunâtre, sans odeur.

Rate tuméfiée et diffluyente, l'intestin ne présente pas de lésions.

Cultures et inoculations permettant d'isoler un bacille offrant tous les caractères du bacille d'Eberth, pourtant les cultures sur pomme de terre présentent quelques anomalies.

OBSERVATION V (résumée).

(Fernet et Girode).

R... Clémentine, 29 ans, femme de chambre, entre le 15 novembre 1890 (salle Axenfeld, n° 2). Forte fille, vigoureuse, santé très bonne. Elle est malade depuis une dizaine de jours.

Actuellement : prostration, céphalalgie intense. Pas d'épistaxis. Inappétence. Soif modérée. Vomissements bilieux.

Du côté de l'appareil digestif : enduit blanc jaunâtre sur la langue. Haleine d'odeur fétide, un peu fécaloïde. Ventre non ballonné, un peu sensible à la pression. Pas de gargouillement, pas de taches rosées.

Rien dans la poitrine, ni au cœur.

Pouls, 92. T. du matin, 38°.

Prenant en considération la forte constitution de la malade, l'absence de manifestations pulmonaires, l'état de la langue, la fétidité de l'haleine, M. Fernet diagnostique une fièvre typhoïde avec phénomènes méningitiques et traite la malade en conséquence.

Le vingtième jour de la maladie, le 20 novembre, la malade a un peu de strabisme, un léger degré d'exophtalmie, de la rétention d'urine. La céphalalgie est toujours intense.

On applique 16 sangsues aux apophyses mastoïdes.

Les jours suivants, la céphalalgie augmente, la prostration est plus grande, la malade est couchée en chien de fusil.

Le 23. Abaissement de température (37°) sans amélioration.

Le 26. Hypothermie. Coma complet. La pupille droite a un diamètre double de la gauche. Mort.

AUTOPSIE : *Intestin*. — Grande plaque de Peyer boursouflée, caractéristique.

Méninges. — Grande quantité de liquide sous-arachnoïdien, abondant surtout au niveau de l'isthme de l'encéphale.

La pie-mère, adhérente, a enlevé en la détachant des morceaux de la substance cérébrale sous-jacente.

L'examen bactériologique du liquide pratiqué par M. Girode révèle les particularités suivantes :

Les ensemencements sur bouillon, sur gélatine et sur gélose donnent des cultures pures dont les caractères sont :

La forme bacillaire courte avec mobilité nette, une coloration facile mais peu stable, avec décoloration par méthode de Gram.

En transportant sur pomme de terre la culture développée, on obtient une mince couche blanchâtre, luisante et comme vernissée, non saillante, qui est encore aujourd'hui la meilleure et la plus sûre caractéristique du bacille typhique.

Il s'agit donc ici d'une localisation méningée du bacille d'Eberth, d'une fièvre typhoïde à localisation méningée.

OBSERVATION VI (résumée).

Mensi et Carbone.

Enfant de 6 ans, atteint de fièvre typhoïde. Trois jours après la défervescence complète, frisson violent avec céphalée intense, fièvre, puis délire.

Contracture des membres, herpès labial, paralysie faciale droite, mort au cinquième jour.

A l'autopsie, méningite cérébro-spinale fibrino-purulente, lésions de l'intestin et des ganglions mésentériques. Bacille d'Eberth dans les méninges.

OBSERVATION VII (personnelle).

Jeune homme de 24 ans, entré dans le courant de septembre pour une fièvre typhoïde.

Le 26-septembre. Raideur généralisée (à peu près vingtième jour de la fièvre typhoïde).

Le 27. Soupirs, pas de cris spéciaux, pas de vomissements, un peu de mal de tête, douleurs légères par tout le corps ; le malade porte la main à sa tête, laisse tomber sa tête de droite et de gauche.

Conjonctive injectée. Légère cyanose de la face. Les mains sont un peu froides. Taches peu nettes.

Diarrhée ; le malade tousse un peu.

Le 28. Les taches s'accroissent et sont nettes. Il en paraît des nouvelles.

Pouls, 132.

L.

Pas de transpiration. Respiration bonne en avant. Quelques râles sibilants en arrière aux bases.

Le 29, souffle et râles sous-crépitaux à la partie moyenne gauche et à la base droite. Râles sibilants dans le reste des poumons.

Douleurs de la nuque. Le malade laisse tomber sa tête.

Traitement : bains froids et enveloppement entre les bains.

Le 30, délire.

Le 31, coma et mort.

AUTOPSIE. — Poumon droit : lobe inférieur compact, hépatisé, noyaux d'hépatisation dans les deux autres lobes. Légères adhérences pleuro-pulmonaires. Poumon gauche : lobe inférieur compact et hépatisé, lobe supérieur à peu près normal.

Rate énorme. Coupe granitée. Glomérules de Malpighi hypertrophiés.

Reins gros. Substance corticale un peu pâle. Pas d'altérations notables.

Foie, pas d'altérations.

Myocarde normal.

Intestin : Ulcérations commençant à 1 mètre environ de la valvule iléo-cœcale et se multipliant à mesure qu'on approche du cœcum. Ces ulcérations sont encore superficielles.

Ganglions mésentériques volumineux.

Cerveau : Congestion très intense de la convexité des deux hémisphères.

Léger œdème cérébral, traînées opalescentes au niveau des zones motrices et sur la face inférieure du bulbe.

Rien d'anormal dans le cerveau lui-même.

OBSERVATION VIII (résumée).

Bouchut.

X. ., petite fille, entre à l'hôpital avec les symptômes suivants :

Stupeur, céphalalgie sans épistaxis, délire, prostration considérable.

Le ventre est tendu, ballonné, douloureux avec gargouillement dans la fosse iliaque droite. Elle a de la diarrhée.

Râles fins à la base des deux poumons.

Rien au cœur.

La peau est chaude et sèche.

Température du matin, 39° à 40°.

Température du soir, 40° à 41°.

Pouls, 120° à 140°.

On fait le diagnostic de fièvre typhoïde de forme ataxique et adynamique.

La semaine suivante: Augmentation d'intensité des symptômes, du délire surtout.

L'examen à l'ophtalmoscope fait découvrir une légère névrite optique caractérisée par du gonflement et une rougeur vive du nerf optique. Diffusion de ses contours, gonflement des veines rétiniennes.

Diagnostic : Méningite typhique.

Du 16^e au 23^e jour. Contractures des extrémités qui durent sept jours, puis disparaissent.

Au 23^e jour, diminution de tous les symptômes. Guérison avec anémie très prononcée.

OBSERVATION IX (résumée).

(Fernet.)

Jeune fille de 16 ans, habitant Colombes, entre à l'hôpital Beaujon le 8 novembre 1893.

Elle était malade depuis une dizaine de jours et présentait les symptômes suivants :

Diarrhée, taches rosées, douleur dans la fosse iliaque droite, langue rouge sur les bords et à la pointe.

Elle avait quelques râles dans la poitrine et de l'albumine dans ses urines. (Pas de céphalée ni d'épistaxis).

Elle présenta dans le cours de sa maladie des signes de péritonite (douleur, gonflement du ventre, signes d'épanchement intra-péritonéal). Guérie en quinze jours.

De l'érithisme cardiaque, 120 à 150 pulsations par minute. Avec péricardite sèche.

De la bronchite capillaire et de la broncho-pneumonie sans pleurésie.

Dans le même temps, la malade présenta des signes qui paraissaient dépendre d'une méningite : un peu de subdélire pendant la nuit, et surtout (symptôme auquel M. Empis attache une grande importance comme caractère positif de la granulie), de l'hyperesthésie généralisée, le moindre pincement en un point quelconque de la peau avec la pulpe des doigts était très douloureux. Ces troubles persistèrent comme les précédents pendant une quinzaine de jours.

Dans les cinq observations de méningite cérébro-

spinale typhique publiées par MM. Fernet et Letulle, en 1879, on notait les symptômes suivants : céphalalgie, vertige, bourdonnements d'oreille, épistaxis fréquentes.

Les malades se plaignaient d'une douleur violente à la nuque, douleur qui résistait à toute intervention. Les vomissements étaient très répétés et très tenaces. La constipation existait chez tous les sujets. Ces malades présentaient en outre des signes semblables à ceux que l'on note ordinairement dans la fièvre typhoïde, moins accusés cependant : douleur dans la fosse iliaque, léger ballonnement du ventre, etc... Trois d'entre eux guérissent assez rapidement ; les deux autres moururent après l'exagération des symptômes nerveux du début.

L'autopsie pratiquée chez chacun de ces malades, révéla pour le premier les particularités suivantes : Dans les poumons, un peu de congestion. Rien du côté du cœur et des artères. La rate est petite. Au niveau des plaques de Peyer, fins réseaux injectés offrant l'aspect de la lymphangite réticulaire. Du côté du cerveau, les lésions sont plus accusées.

La pie-mère est adhérente. Le cerveau est gonflé, turgescé. La partie moyenne de la base est recouverte d'un exsudat gélatiniforme. Les ventricules latéraux sont distendus par une sérosité louche et jaunâtre (120 gr. environ).

Mêmes lésions chez le second. Injection de la pie-mère. Exsudat gélatineux à la surface des circonvolutions. Sérosité jaunâtre s'écoulant à l'ouverture des membranes.

Nous n'avons pas cru devoir donner ces observations en détail parce qu'elles manquent de contrôle bactériologique.





CONCLUSIONS



Les méningites aiguës non tuberculeuses, qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde, peuvent être dues au bacille d'Eberth ou à des infections secondaires (coli-bacille, streptocoque, pneumocoque, rarement staphylocoque), sans qu'on puisse cliniquement différencier ces deux groupes de méningites.

Les méningites par bacille d'Eberth surviennent le plus souvent dans le cours de la fièvre typhoïde.

Exceptionnellement, la méningite typhique peut être la première manifestation de l'infection dothienenthérique; elle mérite dans ce cas le nom de cérébro ou méningo-typhus.

Les lésions que détermine dans l'encéphale le bacille typhique, ordinairement véhiculé par la circulation, peuvent varier de la simple congestion œdémateuse jusqu'à la formation de traînées purulentes.

Les symptômes de la méningite typhique n'ont rien qui les différencie des méningites aiguës simples.

Cette méningite est parfaitement curable. Le traitement devra s'adresser en premier lieu à l'infection typhique et concurremment aux symptômes d'excitation ou de dépression méningo-cérébrale.





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE



- Adenot.* — Des méningites microbiennes. Thèse de Lyon, 1889.
Auffrecht. — Therap. monatschrift. Août 1894.
Balp. — Rivista generale Italiano di clinica medica, 1890, p. 406.
Banti. — Arch. Ital. di biol. Déc. 1887.
Bardol. — Thèse de Paris, 1893.
De Bruire. — Onzième Congrès international de médecine tenu
à Rome. Presse médicale, 1894, p. 120.
Bouchut. — Gazette des Hôpitaux, 1875, 7 décembre.
Chantemesse. — Traité de Médecine (T. I).
Dict. Dechambre. — Art. Fièvre typhoïde, par Arnould et
Lemoine.
Dict. Dechambre. — Art. Méningite, par Laveran.
Dict. Jaccoud. — Art. Fièvre typhoïde, par Homolle.
Dict. Jaccoud. — Art. Méningite, par Jaccoud et Labadie-
Lagrave.
E. Dupré. — Manuel de Médecine. T. III.
L.

- Fernet et Letulle.* — Des manifestations cérébro-spinales de la fièvre typhoïde. Arch. génér. de Méd. Mars, 1879.
- Fernet.* — Sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Pierrefonds. Bul. de la Société méd. des Hôpitaux, 1887.
- Fernet et Girode.* — Méningite typhoïdique, par bacille d'Eberth. Soc. méd. des Hôpitaux, 3 juillet 1891.
- Fernet.* — Des manifestations locales de la fièvre typhoïde. Bul. de la Soc. méd. des Hôpitaux, 12 oct. 1894.
- Freyhan.* — Deutsche medic. Wochen., 1888.
- Girode.* — Société de Biologie, 1889.
- G. Guinon.* — Traité de médecine. T. VI.
- Macaigne.* — Le Bacterium coli commune. Thèse de Paris, 1892.
- Mensi et Carbone.* — Un caso di meningite cerebro-spinale do bacillo di Eberthi. Riforma medica, 3 janvier 1893.
- Netter.* — Société clinique, 1889.
- Neumann et Schæffer.* — Zur ætiologie der eitrigen meningitis. Arch. de Virchow, 1887.
- Roux, de Lyon.* — Bulletin médical, 1888.
- Sevestre et Gastou.* — Soc. méd. des Hôpitaux, 1891.
- Union médicale.* — 31 mars 1894.
- Vaillard et Vincent.* — Bulletin de la Société médicale des Hôp., 1890, 14 mars.
- Vaudremer.* — Des méningites suppurées, non tuberculeuses. Thèse de Paris, 1893.





TABLE DES MATIÈRES.



INTRODUCTION.....	5
HISTORIQUE.....	8
ETIOLOGIE.....	11
PATHOGÉNIE.....	14
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	16
SYMPTOMES ET FORMES CLINIQUES.....	24
DIAGNOSTIC.....	26
PRONOSTIC.....	32
TRAITEMENT.....	33
OBSERVATIONS.....	35
CONCLUSIONS.....	47
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	49

Vu : par le Président.
LABOULBÈNE.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.

Paris. — Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine

